**OŚWIADCZENIE**

***Oświadczam, że:***

1. Posiadam środki własne pozyskane z innych źródeł, nie pochodzące ze środków PFRON na pokrycie różnicy pomiędzy dofinansowaniem ze środków PFRON, a ceną rzeczywistą sprzętu rehabilitacyjnego.
2. Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Nie ubiegam się i nie będę w danym roku kalendarzowym ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny za pośrednictwem innego samorządu powiatowego.

***Przyjmuję do wiadomości:***

1. Dofinansowanie będzie przyznane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu brzozowskiego na dany rok i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
2. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy na dofinansowanie.
3. Dofinansowanie ze środków PFRON wynosi do wysokości 80% wartości sprzętu
4. W danym roku kalendarzowym Wnioskodawca może uzyskać dofinansowanie do jednego urządzenia
5. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem. Nie gwarantuje też, że kwota przyznanego dofinansowania będzie równa oczekiwanej przez Wnioskodawcę.

**Informacja o rachunku bankowym Wnioskodawcy**

Właściciel rachunku bankowego (imię i nazwisko, adres) …..…………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

Nazwa banku ……………………………………………………………………………………

Nr rachunku bankowego:



…………………………………. ……………..……………………………………

(Miejscowość, data) podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/ pełnomocnika

**Klauzula informacyjna**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

* 1. Administratorem Państwa danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie,** mieszczące się pod adresem 36-200 Brzozów ul. 3 Maja 51, tel. 13 43 420 45, zwane dalej Administratorem.
  2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl) lub pisemnie pod adres Administratora.
  3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawa z dnia 09 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.
  4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych,   
     w tym przepisów archiwalnych,
  5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
  6. Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
  7. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
4. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych   
   (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
   1. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
   2. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

................................................. ...................................................................

(miejscowość i data) (podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*

opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*)

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art.5 lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed dniem 1 stycznia 1998 r. **(oryginał do wglądu);**
2. Aktualne zaświadczenie wydane przez **lekarza specjalistę lub rehabilitanta**, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych na wskazanym sprzęcie.
3. Oferta handlowa sprzętu rehabilitacyjnego np. kosztorys ofertowy, faktura PROFORMA, (zawierająca cenę oraz opis techniczny wnioskowanego sprzętu);
4. Postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (w przypadku, gdy Wnioskodawca jest osobą ubezwłasnowolnioną);
5. Upoważnienie/pełnomocnictwo potwierdzone notarialnie (w przypadku, gdy w imieniu Wnioskodawcy występuje upoważniany lub jego pełnomocnik);
6. Dokumenty potwierdzające dochody (netto) Wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkujących prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z Wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (np. decyzja ZUS, decyzja MOPS, zaświadczenie z zakładu pracy, zaświadczenie z urzędu pracy) (do wglądu).

\* właściwe zaznaczyć

**Sprzęt rehabilitacyjny to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.**

|  |
| --- |
| **UPOWAŻNIENIE**  W nawiązaniu do wniosku dotyczącego dofinansowania sprzętu rehabilitacyjnego, oświadczam, że wyrażam zgodę na reprezentowanie mnie w ww. sprawie przez:  …………………………………………………………………………………………  (imię i nazwisko osoby upoważnionej)  …………………………………………………………………………………………  (PESEL osoby upoważnionej)  w zakresie: złożenia wniosku, doniesienie i odbiór dokumentów, odbiór umowy/aneksu do podpisu.    …….....…………………………  (podpis Wnioskodawcy) |

**SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINASOWANIA**

(wypełnia sprzedawca/dostawca*)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Orientacyjna cena** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| **RAZEM:** | |  |

……………………….. ……………………………………..

(miejscowość, data) ( pieczątka i podpis Sprzedawcy/Dostawcy)

***Wypełnia lekarz specjalista/rehabilitant***

........................................................

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych**

**na wskazanym sprzęcie**

*(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)*

Imię i nazwisko:……. .....................................................................................................

PESEL |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adres zamieszkania: ........................................................................................................

Posiada dysfunkcje narządu ruchu (określić jakie) lub inne schorzenia:

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

W/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie :

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

Zalecany sprzęt rehabilitacyjny :

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

................................................ ................................................... (miejscowość, data) (pieczęć i podpis lekarza)